



# INFORMATIONS AUX PATIENTS

## ANESTHESIOLOGIE

<b>Nom :</b>			
<b>Prénom :</b>			
Age :	Poids :	Taille :	
<b>Date de naissance :</b>			
Profession :			
<b>Intervention(s) :</b>			
<b>Opérateur(s) :</b>			
<b>Date prévue :</b>	Ambulatoire <input type="checkbox"/>	ou Hospitalisé	<input type="checkbox"/>

Date et signature : 10/05/2006

Cochez la case SVP  non oui ne sais pas

Avez vous déjà subi des **interventions chirurgicales** ?

Si oui, natures et dates :

Avez-vous eu des **complications** ?

Lesquelles ?

Pour les femmes, grossesses : avec Anesthésie

Fausses couches : Péridurale

Grossesse en cours oui  Transfusion

Quels sont les médicaments prescrits ou pris régulièrement, dans les 3 derniers mois :

Avez vous eu : une hormonothérapie ?    date :  
Chimiothérapie     
Radiothérapie

